Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 1 WARSZAWA, STYCZEŃ 1930 ROK II.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedyńczy Zł. 1.50

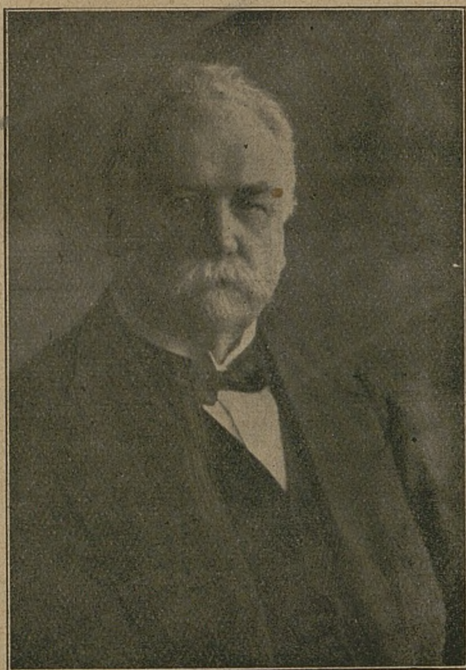
Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 1. WARSZAWA, STYCZEŃ 1930 ROK II

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Ś. P. KAZIMIERZ ZIELIŃSKI



I znowuż odszedł Człowiek...

Doszedł do kresu swej doczesnej wędrówki gorliwy pracownik na niwie lekarskiej, przedstawiciel starszego pokolenia o najpiękniejszych tradycjach, lekarz, którego cechą charakterystyczną była dobroć, szlachetność, bezinteresowność, bezgraniczne ukochanie swego

zawodu. Był to piękny typ polskiego szlachcica, przywiązanego do swej ziemi ojczystej, gotowego zawsze do ofiarności dla współziomków.

Ś. p. Kazimierz Zieliński był lekarzem wysokiej miary. Świetny praktyk, wytrawny klinicysta, dokładnie obeznany z najnowszemi metodami badania i leczenia umiał postawić swój oddział na wysokim poziomie pracy lekarskiej. Otoczony zawsze licznem gronem młodych kolegów, był wzorem Nauczyciela i Ordynatora. Umiał rozwijać w swych uczniach samodzielność w pracy, cieszyło Go ich powodzenie. Wskazywał im jaśniejsze cele w życiu.

Śmierć Jego jest dla nich ciosem; stracili przyjaciela, stracili człowieka, na którego pomoc, radę w najcięższych życiowych chwilach zawsze liczyć mogli.

Ś. p. Kazimierz Zieliński był jednym z najświatlejszych współczesnych sobie lekarzy warszawskich. Wiele czytywał, umiał robić z tego co czytał odpowiedni wybór. Posiadał wszechstronną i bardzo cenną bibljotekę.

Brał czynny udział w ciągu wielu lat w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego jako jego długoletni członek.

Ś. p. Dr. med. Kazimierz Zieliński urodził się dnia 13 grudnia 1863 r. w Marjampolu, ziemi Suwalskiej. Gimnazjum klasyczne ukończył w Marjampolu w 1883 r. Zapisał się na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w r. 1883. W rok potem wydalony został z Uniwersytetu z powodu zaburzeń Apuchtinowskich. Ukończył Uniwersytet w 1888 roku. Od 1888 r. do 1890 r. pracował jako asystent na oddziale prof. A. Sokołowskiego w szpit. Św. Ducha; w r. 1890 został mianowany miejscowym lekarzem ówczesnego szpitala Praskiego. W 1892 r. prowadził szpital dla chorych cholerycznych. W 1898 r. z konkursu zostaje mianowany nadetatowym ordynatorem, w 1900 etatowym ordynatorem i na tem stanowisku pozostawał do 1918 roku. W październiku r. 1915 zostaje nominowany na naczelnego lekarza szpitala Św. Wojciecha dla chorych zakaźnych przy ul. Brzeskiej na Pradze. W tymże roku ś. p. Kazimierz Zieliński zorganizował szpital dla chorych cholerycznych przy ul. Lubelskiej.

W 1918 roku został mianowany Naczelnym Lekarzem szpitala Przemienienia Pańskiego. Walnie przyczynił się do rozbudowy tego szpitala. Za Jego zarządu szpital posiadł cały szereg wspaniałych doskonale zaprojektowanych i dobrze wykonanych gmachów.

Był to Tytan pracy. Oprócz rozległej praktyki prywatnej, oprócz pracy dla dobra szpitala, kilkadziesiąt lat był lekarzem kolei terespolskiej i Naczelnym Lekarzem Tramwajów Miejskich (do 1917 roku), skąd wyszedł, nie mogąc się w swym sumieniu pogodzić z metodami współpracy z okupantami.

Świat lekarski nie szczędził ś. p. Kazimierzowi Zielińskiemu uznania. W ciągu lat całych był wiceprzewodniczącym koła im. Marcinkowskiego, przewodniczącym Obwodu Warszawsk. Związku Lekarzy Polskich, od r. 1924 był wiceprezesem Tow. Lekarskiego Warszawskiego, a w roku 1928 i 1929 był Prezesem Tow. Lekarskiego w Warszawie. Był członkiem założycielem Tow. Pedjatrycznego w Warszawie; od czasu powstania Tow. Higjenicznego był jego członkiem; w ciągu wieloletniej kadencji przewodniczącego tego Wydziału ś. p. d-ra Dunina, oraz d-ra Zygmunta Kramsztyka, był sekretarzem wydziału szpitalnego. Następnie był przewodniczącym sekcji szpitalnej przy Stow. Lekarzy. Od roku 1928 ś. p. Kazimierz Zieliński z ramienia lekarzy naczelnych wybrany został na członka rady szpitalnej przy Wydziale opieki społecznej i szpitalnictwa.

Wszystkie te cechy zjednały ś. p. Kazimierzowi Zielińskiemu ogólny szacunek otoczenia i miłość współpracowników. Przeszło czterdzieści lat swego pracowitego żywota poświęcił Pradze, ukochał ją, ukochał szpital i z Pragą związany był do końca dni swoich. Niechaj Mu ta ziemia polska lekką będzie!

Cześć Jego Świetlanej Pamięci!

DRUKIEM OGŁOSIŁ NASTĘPUJĄCE PRACE:

1) Przypadek wrodzonego braku wielkiego i małego mięśnia piersiowego. Gazeta Lekarska 1892 r.

2) O konkursie na plany szpitalika prowincjonalnego. Zdrowie Nr. 85, 1904 r.

3) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w uszach, w drogach oddechowych i pokarmowych. Gazeta Lekarska 1913 r.

4) Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym u dzieci. Przegląd Pedjatryczny. 1917 r.

5) Udział dzieci w podtrzymywaniu epidemji duru plamistego. Pam. II zjazdu higjenistów polskich.

6) Nowy zabieg leczniczy w tyfusie wysypkowym. Gaz. Lek. Nr. 29, 1917 r.

7) O stosowaniu płynu mózgowo-rdzeniowego w leczeniu tyfusu wysypkowego. Gaz. Lek. Nr. 47 — 50, 1917 r., według odczytu z dn. 6.XI 1917, nagrodzonego później przez Tow. Lek. (nagroda Moczutkowskiego).

8) Ein neues therapeutisches Vorgehen beim Fleckfieber. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 10, 1918 r.

9) O durze wysypkowym u dzieci oraz o wpływie duru wysypkowego na życie płodu. Gazeta Lekarska Nr. 37 i 39, 1918 r.

10) O przewożeniu chorych zakaźnych ze wsi do szpitali i izolacji otoczenia. Odczyt na zjeździe drukowany w pamiętniku zjazdu w sprawie higjeny małych miast i wsi.

11) Dalszy przyczynek do stosowania płynu mózgowo-rdzeniowego w celach leczniczych przy tyfusie wysypkowym i innych infekcyjnych chorobach. Gazeta Lekarska Nr. 49 — 50, 1918 r.

12) Życiorys ś. p. Jana Rauma, naczelnego lekarza szpitala Przemienienia Pańskiego, drukowany w Gazecie Lekarskiej, Tygodniku Ilustrowanym i Świecie, 1918 r.

13) Traitement du Typhus exanthematique par les injections du liquide cephalo-vochichen. La Presse Medicale Nr. 64, 1920 r.

14) Olbrzymie wodogłowie u dziecka 7-mio letniego. Pam. Tow. Lekarskiego Warszaw. 1894 i 1897.

15) Życiorys D-ra Maliszewskiego. Gazeta Lekarska Nr. 52, 1920 i Tygodnik Ilustrowany.

16) Artykuł Nr. 14 na żądanie redakcji (po włosku) pisma „Pathologica" w Genui.

17) „Grypa — Influenza" w podręczniku Sterling — Okuniewskiego i Karwackiego, 1925 r.

18) Dwa przypadki olbrzymiego wodogłowia w czasop. Pedjatria Polska, 1922 r. zeszyt 3.

19) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w przełyku u dzieci w czasopiśmie „Pedjatrja Polska", 1924 r.

20) Kilka słów z powodu przypadku samoistnej amputacji wyrostka robaczkowego. Nowiny Lekarskie, 1922, Nr. 11.

21) Dwa przypadki ciał obcych w przełyku. Nowiny Lekarskie, 1924 r.

22) Życiorys ś. p. prof. Sokołowskiego. Polska Gazeta Lekarska Nr. 51, 1924 r.

23) O doustnym stosowaniu soli bizmutowych przy ostrym zatruciu środkami żrącemi. Polska Gazeta Lekarska Nr. 51, 1924 r.

24) O leczeniu tyfusu wysypkowego i innych chorób infekcyjnych w związku z tak zwaną „autoliquoretherapią". Broszura, 1924 r.

25) Leczenie tyfusu wysypkowego. Nowiny Lekarskie, 1925 r.

26) Przypadek olbrzymiego wodogłowia. Pedjatrja Polska, 1926 r.

27) Traitement du Typhus exanth. Autoliquorotheraphie. Presse Med. 1926 r.

28) O leczeniu aurosanem. P. G. L. 1927 r.

29) Przypadek zimnicy utajonej. Gazeta Lekarska, 1927 r.

30) O przewożeniu ciężko chorych kolejami.

31) Pamiętnik Warsz. Stow. Lekarzy, 1915 r.

32) Pamiętnik Warsz. Stow. Lekarzy, 1916 r.

33) Sprawozdanie tymczasowe Warsz. Stow. Lek. za rok 1916.

34) Szpital Przemienienia Pańskiego 1868 — 1928. Pamiętnik.

35) Zmarły zostawił w rękopisie olbrzymią wielotomową zupełnie wykończoną pracę, pod tytułem „Skorowidz środków leczniczych".

E. W.

DR. EDWARD WAIS I DR. STEFAN ŁYSAKOWSKI.

PRZYPADEK ZAPARCIA STOLCA, TRWAJĄCY MIESIĄC CZASU.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Przemienienia Pańskiego Warszawa-Praga, Ordynator Dr. med. K. Zieliński, Naczelny Lekarz szpitala.

Dnia 27.X 1929 r. został przyjęty na nasz oddział chory H. F., lat 67 z rozpoznaniem Hemiplegia dextra, Bronchopneumonia dextra. Pozwalamy sobie przytoczyć dosłowny odpis jego karty szpitalnej.

3376/291/1929. H. F. lat 67 wyznania rzymsko katolickiego, przy synu.

28/X chory przytomny, nie odpowiada, lecz odróżnia, co się do niego mówi, chodzić nie może, mocz oddaje w skąpej ilości, wypróżnień niema od czasu wypadku (Ietus apoplecticus 26/X). Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. Na twarzy po stronie prawej w obrębie oczodołu siniak, sięgający na czoło oraz policzek. Kąt ust opuszczony po stronie prawej. Fałdy nosowo-policzkowe wygładzone. Chory nie może odsłonić zębów, ruchy ust, odpowiadające ruchom koniecznym dla wywołania gwizdnięcia — niemożliwe. Powiekę prawą zaciska bardzo słabo. Język zbacza wprawo. Kompletny bezwład prawej kończyny dolnej i prawej kończyny górnej.

Klatka piersiowa beczkowata, wypuk z przodu jasny, oddech pęcherzykowy. Granice serca nieznacznie powiększone wlewo, tony głuche. W obrębie jamy brzusznej zmian niema. Prawy staw barkowy ustawiony nieco niżej, niż lewy. Czucie po stronie prawej zniesione. Odruchy po stronie prawej osłabione. Babiński ujemny, odruchu rzepkowego nie udaje się wywołać.

Po stronie prawej poniżej kąta łopatki przytłumienie wielkości dłoni, w obrębie tego przytłumienia wysłuchują się rzężenia drobnobańkowe. Wydech w oznaczonym miejscu oskrzelowy. **Ordynacja:** bańki cięte, Em. Camphorae 1%—200,0—flores Bensoes 4,0 M.D.S. Co 3 godziny łyżkę stołową.

31 X. Wypróżnień brak. Chory gorączkuje do 38.4. Objawy odoskrzelowego zapalenia płuc utrzymują się w dalszym ciągu. Therapia — idem. Dodatkowa lewatywa (bez wyniku). Brzuch miękki, nie bolesny.

1.XI. St. idem. Lewatywa (bez wyniku).

2.XI. W prawem polu płucnem ognisko zapalne utrzymuje się bez zmian, chory gorączkuje, wypróżnień niema, brzuch miękki, niebolesny.

Therapia: injekcja sol. atropini sulfurici 1%₀—1,₀.+Hegar. Wynik zabiegu ujemny.

3.XI. St. idem.

4.XI. St. idem.

5.XI. Chorego wzięto na oddział chirurgiczny (N. I) celem ponownego zrobienia Hegara (wynik ujemny). Brzuch miękki, niebolesny, chory przytomniejszy, żwawszy.

6.XI. Gorączkuje niżej. Rzężeń w prawym dolnym płacie płucnym znacznie mniej, stłumienie wyraźnie mniejsze, brak wypróżnień trwa nadal. Brzuch miękki, niebolesny. Therapia: Inf. sennae comp. (bez wyniku).

7.XI. Brak wypróżnień, brzuch w stanie poprzednim, gorączkuje niżej. W okolicy krzyżowej odleżyna.

Therapia: phenolphtalein. 0,15×3. (bez wyniku).

8.XI. Idem. phenolphtaleini 0,15×3. (bez wyniku).

9.XI. W prawem polu płucnem u dołu rzężenia bardzo nieliczne. Chory zaczyna mówić bełkotliwie i niewyraźnie. Odruchy ścięgnowe wzmożone po prawej stronie. Rzepkopląs. Stolca chory nadal nie oddaje. Therapia: Inf. Sennae comp. (bez wyniku).

10.XI. St. idem.

11.XI i 12.XI. St. idem. Wypróżnień brak pomimo stałego podawania Inf. Sennae comp. Brzuch miękki i niebolesny.

13.XI i 14.XI. Stan ogólny bez zmiany, odleżyna nie goi się pomimo codziennych opatrunków. Wypróżnień (Inf. Sennae comp.) niema, Brzuch miękki.

16.XI. Odleżyna zmniejsza się; stan bezgorączkowy, stan ogólny bez zmiany.

17.XI, 18.XI, 19.XI, 20.XI, 21.XI, 22.XI, 23.XI, pomimo stałego podawania Ol Parafini przez cały czas (od 17/XI do 23/XI) wypróżnien niema, stan bezgorączkowy, brzuch miękki niebolesny.

24.XI. Idem. Hegar (zrobiony na II oddziale chirurgicznym szpitala) — bez wyniku!).

25.XI. Wypróżnień niema.

26.XI. 3 injekcje peristaltiny Ciba — wypróżnień niema. Brzuch miękki, niebolesny.

27.XI. Wypróżnień brak. Chory mówi nieco wyraźniej.

28.XI. St. idem.

29.XI. Po zastosowaniu wysokiego Hegara odeszła minimalna ilość gazów, stolca jednakże chory nie oddał. Porażonemi kończynami chory nie może wykonać żadnych ruchów.

30.XI. Lewatywa z 1 grama chinini muriatici w 100 gramach wody. **Po upływie 3 godzin bardzo obfite wypróżnienia.**

1.XII. Wypróżnienie było bez interwencji mechanicznej lub farmaceutycznej.

2.XII i dni następne — codzienne wypróżnienia bez postronnej interwencji.

Odpis karty szpitalnej wypada nam uzupełnić kilkoma uwagami. W czasie pobytu chorego w szpitalu przeprowadzono dodatkowo niektóre badania (RW. — O; Koch ujemny, mocz bez składników patologicznych).

Musimy zaznaczyć, że chory tylko podczas okresu podwyższonej ciepłoty był, na lżejszej djecie, po minięciu zaś stanów gorączkowych otrzymywał zwykłą djetę szpitalną.

Chory przez cały czas był pod specjalną kontrolą, wykluczającą zupełnie możliwość defekacji bez zwrócenia na ten fakt uwagi dozorującego personelu szpitalnego.

W zakończeniu tej krótkiej notatki zaznaczyć musimy, że w danym wypadku mieliśmy bezwzględnie do czynienia z atonicznem zaparciem stolca, i jest nam niezmiernie miło, że tak oczywisty dobroczynny wpływ chininy demonstracyjnie podkreślił możliwość, a nawet konieczność stosowania chininy jako jedynego wprost środka farmaceutycznego w leczeniu atonicznych zaparć stolca.



DR. STEFAN KRAMSZTYK.

APETYT I JEGO ROLA W DYJETETYCE.

Racjonalna dyjetetyka t. j. taka, która ma odpowiadać w zupełności wymaganiom współczesnej wiedzy lekarskiej, obok uwzględnienia wszelkich zdobyczy z zakresu poszczególnych chorób z dziedziny przemiany materji, nie może obejść milczeniem jednego niezmiernie ważnego czynnika zarówno w fizjologji, jak i patalogji, mianowicie uczucia łaknienia.

Najbardziej dokładne badanie naukowe, dotyczące apetytu, zawdzięczamy współczesnemu fizjologowi wiedeńskiemu **Durigowi** i dlatego też, jak słusznie niedawno powiedział **Bickel**, żadne omówienie spraw, związanych z zagadnieniem łaknienia, nie może nie być oparte na pracy tego uczonego. To też i w poniższem będą głównie uwzględniane nowoczesne poglądy **Duriga.**

Takie podstawowe, elementarne czynniki jak uczucie głodu, sytości i apetytu powinien lekarz zawsze mieć na uwadze przy układaniu tej lub innej djety. Możliwie głębokie wejrzenie w te właśnie zagadnienia już przez to samo ważnem jest dla lekarza, że w wielu wypadkach upadku łaknienia często jest bardzo trudno znaleźć właściwą drogę, prowadzącą do poprawy apetytu. Tak naprzykład, umożliwienie lepszego przyjmowania pożywienia, a przez to i poprawa w stanie choroby u gruźlików zależy często w znacznym stopniu od sztuki i doświadczenia lekarza w dziedzinie djetetyki.

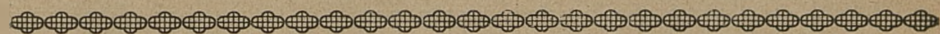
Ze sprawą uczucia łaknienia związana jest ściśle sprawa popędu do pokarmu, sprawa uczucia głodu, a także i zagadnienie, na czem właściwie polega uczucie sytości.

Niezmiernie liczne badania statystyczne wykazały, że ludzie żyjący w najrozmaitszych warunkach klimatycznych i na najróżnorodniejszych szczeblach kultury, odżywiający się bądź przeważnie pokarmami zwierzęcemi, bądź roślinnemi, jednakże przeciętnie dostarczają organizmowi swemu jedną i tę samą ilość kalorji. Nawet i dobór pożywienia pod względem składników podstawowych: białka, tłuszczów i węglowodanów odznacza się niezwykłą dla wszystkich ludów jednostajnością. Ten tak potężny czynnik, jakim jest pęd do pokarmu, reguluje z jednej strony gospodarkę żywnościową całych narodów, z drugiej jest w stanie utrzymać stan odżywiania poszczególnego organizmu zawsze na pewnej idealnej wysokości, która z niezwykłą stałością istnieje całe lata. I dzieje się to niezależnie od dziennego zapotrzebowania ciepłostek. Znaczne odchylenie obserwujemy jedynie u chorych lub u głodujących z tego czy innego przymusu.

Pęd do pokarmu odnosi się nietylko do ciepłostkowego składu pożywienia, ale i do poszczególnych składników tego ostatniego, przyczem wykazuje on tu nadzwyczaj subtelną umiejętność doboru. Przy przymusowem jednostajnem pożywieniu z żywiołową siłą budzi się pożądanie pewnego brakującego a nieodzownego składnika: tak np. było przy końcu wojny światowej, kiedy objawiał się tak wydatnie głód tłuszczowy, czy też pożądanie bezwiedne witaminy w tłuszczu rozpuszczalnej, a jednocześnie ukazały się liczne przypadki choroby, brakiem czynnika A wywołane.

Zdrowy pęd do pokarmu znajduje w apetycie swoje zadowolenie. Apetyt reguluje przyjmowanie pokarmu pod względem jakościowym i ilościowym, uczucie łaknienia znajduje swój kres w uczuciu sytości. To ostatnie uczucie stoi w ścisłym związku z objętością przyjmowanych pokarmów. Jakkolwiek doświadczenia na zdrowych i chorych dowodzą ważności masy pokarmu dla wywołania uczucia sytości, to jednakże z wypełnieniem żołądka nie zawsze idzie w parze nasycenie, i dla jego wywołania potrzebne są jeszcze zupełnie swoiste własności pokarmów, które przy niewielkiej objętości już sycą. Właściwości te stale uwzględnia się przy układaniu porządku potraw, powinny one również być brane pod uwagę przez lekarza w jego praktyce djetetycznej. T. zw. wartość używkowa pokarmów odgrywa też znaczną rolę i niepodobna przeto dać szablonowej oceny wartości sycącej pokarmów. Zarówno wartość używkowa, jak i wartość sycąca może ulegać zmianom i dla jednego i tego samego pokarmu i dla jednego i tego samego człowieka. Podniety są konieczne dla wywołania pewnych wrażeń i z tem liczyć się należy przy wszelkiej djecie.

Sytość następuje, gdy dany rodzaj żywności utracił dla nas wartość używkową, którą po pewnym czasie znów może odzyskać. Nietylko same potrawy, ale i czynniki zewnętrzne, jak zmiana miejsca pobytu, wpływają w sposób decydujący na wartość nasycającą pewnego



pożywienia czy pewnej określonej potrawy. Niewiele jest tylko potraw, które możemy spożywać stale bez szkody dla ich wartości używkowej i nasycającej; takiem pożywieniem jest chleb. Wielkim wahaniom w zależności od indywidualności karmionego i sposobu podawania podlega np. mleko, co niezmiernie ważne jest w djetetyce dziecięcej. Mleko dla jednego i tego samego osobnika posiada nader rozmaitą wartość sycącą w zależności od tego, czy podawane jest w stanie ciepłym czy zimnym, ugotowanym czy surowym, czy też kwaśnym. Nawet sposób podawania mleka może mieć znaczenie dla jego wartości sycącej: mleko wypijane łyżeczkami syci znacznie prędzej aniżeli pite szklanką.

Dla lekarza jest bardzo ważnem nietylko brać na uwagę wszystkie te czynniki, które pobudzają apetyt, lecz również i te, które odsuwają uczucie sytości do granicy, której wymaga wprowadzenie potrzebnej i pożądanej ilości pokarmu.. W innych okolicznościach należy odwrotnie starać się o to, aby przez wywołanie uczucia sytości przeszkodzić w odpowiednim czasie przyjmowaniu nadmiernej ilości pokarmu. Uwzględnianie czynnika tego w djetetyce przynieść może wielkie korzyści, czy to gdy chodzi o kurację odtłuszczającą, którą można przez to uczynić łatwiejszą, czy też, gdy chodzi o wzmożenie objętości pokarmów przez większe uwzględnienie balastu żywnościowego przy karmieniu pacjentów skłonnych do tycia.

Czy głód i apetyt są tylko ilościowo różnemi wyrazami jednego i tego samego uczucia? Czy głód jest tylko szczególnie silnym apetytem? Czy też głód i apetyt są wogóle zasadniczo różnemi wrażeniami? Fizjologja ścisła nie daje na te pytania żadnej wyraźnej odpowiedzi.

Apetyt poprzedza zwykle właściwe uczucie głodu; pod apetytem rozumiemy chęć lub dążenie do spożycia pewnej potrawy. Głód istotny nie pyta o dobro i smak potraw, to też nazywa się on najlepszym kucharzem. Apetyt jest więc uczuciem bardziej wydelikaconem aniżeli głód i ogranicza się bardzo często wogóle do pewnej określonej potrawy lub pewnego określonego smaku. Ale jeżeli idzie o prawdziwie naukowe ujmowanie, to tego rodzaju różniczkowanie między głodem a apetytem w medycynie nie da się utrzymać. Lekarzom znane są postacie głodu, skierowanego ku jednemu tylko składnikowi pokarmowemu; bywają wszak przypadki głodu mięsa, głodu węglowodanowego u chorych na cukrzycę, lub głodu solnego u żywionych bez soli pacjentów z zapaleniem nerek. Prawie wszystkie ważniejsze składniki pożywienia, których jesteśmy przez czas dłuższy pozbawieni, mogą z czasem spowodować głód swoisty, pożądanie tego właśnie składnika. Jeżeli dotychczas nie znamy charakterystycznego głodu

witaminowego, to być może zależy to od tego, że awitaminozy rozwijają się niezwykle powoli i niepostrzeżenie, a również i od tego, że wchodzące tu w grę ilości witamin są niezwykle małe i że organizm rozporządza pewnemi zapasami poszczególnych witamin. Możliwem jest jeszcze i to, że wobec nowości zagadnienia witaminowego nie zdołała sobie jeszcze dostatecznie utorować drogi assocjacja między bezwiednem odczuwaniem braku witamin, a świadomą oceną tego braku. Bądz co bądź instynktywne pożądanie świeżych jarzyn, owoców, lub twardego chleba może mieć coś wspólnego z bezwiednym głodem witaminowym. Przytem ogromne rozpowszechnienie dodatkowych składników pokarmowych nie pozwala na ścisłe wyodrębnienie głodu witaminowego od innej postaci głodu swoistego.

Jeżeli więc z punktu widzenia ściśle naukowego trudno oddzielić uczucie łaknienia od uczucia głodu, to jednakże trzymać się należy pojęcia apetytu jako uczucia, jak to było wyżej wspomniane, bardziej wydelikaconego. Apetyt kieruje się więcej używkową wartością pokarmu, głód opiera się na popędzie żywiołowym.

Uczucie głodu i apetytu powinny chronić człowieka przed brakiem pokarmu w organizmie i przed skutkami tego braku, jak również przed przeładowaniem. Ale obie funkcje są przez uczucia te spełniane tylko w stopniu niedoskonałym. Pochodzi to stąd, że wchodzący tu w grę aparat podlega różnorodnym wpływom ubocznym. Zagadnienie przyczyny, wywołującej uczucie głodu i apetytu, posiada za sobą cały szereg teorji, starających się je objaśnić, ale nie jest definitywnie rozwiązane. Jedni dopatrują się powstawania uczucia głodu w samym żołądku, czy to przez tarcie wzajemne fałd błony śluzowej, czy też przez samo niedostateczne wypełnienie żołądka. Przeciwko tym teorjom przemawiają fakty, że możliwem jest wyraźne uczucie głodu przy zupełnym braku żołądka lub po usunięciu znacznej jego części. Można też usunąć uczucie głodu drogą hypnozy lub wpływu psychicznego różnego rodzaju oraz przez wprowadzenie pokarmu do odbytnicy lub do krwi. Często przy zupełnie pustym żołądku człowiek nie

odczuwa uczucia głodu, zarówno w stanie choroby jak i zdrowia. Po obudzeniu się rannem, apetyt zjawia się nie bezpośrednio zaraz, aczkolwiek od ostatniego posiłku upłynęło 8 — 12 godzin. Działa tu przyzwyczajenie, które pozwala opóźnić pierwszy posiłek nawet do godzin południowych. Cały szereg przykładów dowodzi, że podniety, idące od nerwów błony śluzowej żołądka, nie mają znaczenia dla wywoływania uczucia głodu, również i żołądek niewypełniony pokarmem nie jest sam przez się pobudką do uczucia łaknienia. Chorzy z objawami bulimii przy przepełnionym żołądku mogą odczuwać silny głód; z drugiej zaś strony są chorzy, u których bardzo małe ilości pokarmów natychmiast usuwają uczucie łaknienia. Takimi są np. ci gruźlicy, u których przez kurcz żołądka, przez niedostateczne ustępowanie napięcia żołądka wywołanego drażniącem działaniem gruźliczych pakietów gruczołów śródpiersiowych już nieznaczne bardzo porcje mogą powodować uczucie pełności żołądka. Możliwem jest też, że słabość pobudliwa, pochodząca z żołądka, podnosi napięcie żołądka lub takie wzmożenie napięcia zachodzi na drodze odruchowej. W przeciwieństwie do tego u wielu asteników i chorych na gruźlicę stwierdzić można, że i przy zmniejszonem napięciu żołądka, zwiotczeniu jego ścianek, atonii i rozszerzeniu, apetyt również może być zmniejszony do wysokiego stopnia i uczucie łaknienia znikać może już po połknięciu kilku kęsów.

Znaną jest ogólnie teorja, która łączy uczucie głodu z wydzielaniem się kwasu solnego w żołądku. Klasyczne doświadczenia **Pawłowa** i jego szkoły istotnie zdają się potwierdzać tę teorję, gdyż wydzielanie soku żołądkowego u psa idzie równolegle z pożądaniem pokarmu. Jednakże istnieje cały szereg faktów, które bynajmniej nie potwierdzają teorji oparcia powstawania uczucia głodu na wydzielaniu soku żołądkowego. Są wypadki, gdy niema głodu przy obecności kwasu solnego i odwrotnie. Nauka do dziś dnia nie jest w stanie dać ścisłej odpowiedzi na to, czy głód, czy wydzielanie kwasu solnego jest objawem pierwotnym, czy wydzielanie to jest związane tylko z apetytem, czy też i z głodem. Wiadomo, że chorzy gorączkujący wydzielają przeważnie sok żołądkowy, zawierający pepsynę, ale pozbawiony kwasu solnego; możnaby więc brak łaknienia tych chorych złożyć na karb braku kwasu solnego. Podobnie też można objaśnić fakt, że po ciężkiej pracy fizycznej i po utracie wskutek tego znacznych ilości chloru przez skórę daje się stwierdzić zmniejszone pożądanie pokarmów mięsnych. Tak często spostrzegane u chorych gruźliczych niedokwaśność soku żołądkowego oraz brak łaknienia niektórzy starają się objaśnić przez utratę chloru przy silnych potach. Jeżeli jednak dawno znanym faktem jest to, że usunięcie przez czas dłuższy z pokarmów wszystkich

zawartych w nich soli i zbyt daleko idące ograniczenie dopływu do organizmu soli kuchennej prowadzi do utraty łaknienia, to tego rodzaju nienormalne przeistoczenie przemiany materji niema nic wspólnego z temi czynnikami, które oddziaływują na normalne uczucie apetytu.

Wogóle należy podkreślić, że istnieje wiele faktów, które przemawiają przeciwko teorji związania uczucia łaknienia z wydzielaniem się kwasu solnego. Przy stałem karmieniu sondą przy zupełnym braku apetytu jest zawsze w żołądku obfitość soku; nawet przy długotrwałym głodzie nie znika nigdy kwas solny i pepsyna, i w każdym razie okresowe pojawianie się uczucia głodu nie zachodzi równolegle do zmian w żołądku pod względem jego zawartości co do dwuch powyższych składników. Często u osobników z niedokrwistością czy też z brakiem soku żołądkowego stwierdzić można znaczne łaknienie, podobnie jak i u chorych na raka żołądka. W przeciwieństwie do tego ludzie z nadmiernem wydzielaniem soku mogą odznaczać się brakiem apetytu. Gdyby kwas solny i sok żołądkowy były w istocie tak ważne dla powstawania uczucia głodu, to przez podawanie kwasu solnego chorym gorączkującym, czy też kwasu z pepsyną przy braku apetytu wogóle, możnaby wywoływać łaknienie, a tymczasem jak wiadomo, przeważnie nie daje się w ten sposób osiągnąć skutku.

Tak więc wydzielanie kwasu solnego nie może być uważane za przyczynę powodującą apetyt, a jedynie za zjawisko jednocześnie z tym ostatnim występujące. Co się tyczy środków pobudzających łaknienie, to działanie ich objaśniać należy w ten sposób, że na drodze odruchowej wywołują one wydzielanie soku żołądkowego. Wprowadzone do żołądka wszelkie środki drażniące powodują wzmożone wydzielanie śluzu, jako funkcję, mającą chronić błonę śluzową przed tem właśnie podrażnieniem. Wskutek tego często dochodzić może także do zaburzeń w trawieniu przez utrudnienie dostępu do pokarmów kwasu solnego i pepsyny, wytwarzają się warunki do powstawania spraw fermentacyjnych i gnilnych w żołądku. Wpływ na apetyt i to w sposób ujemny mają wszystkie zachodzące w żołądku procesy gnilne i fermentacyjne, wywołane czy to przez nieodpowiednie pokarmy, czy też przez zaburzenia wydzielnicze czy ruchowe żołądka.

Jeżeli zatem żaden z procesów, które zachodzą w samym żołądku, niema wpływu decydującego na powstawanie uczucia łaknienia, to jednak każdy z nich drogą nerwów dośrodkowych daje znać o sobie do układu ośrodkowego, gdzie jest odpowiednio zużytkowany. Ale i poza żołądkiem uczucie apetytu może podlegać rozmaitym wpływom Mogą tu działać i takie czynniki, jak zaburzenia w wydzielaniu śliny, miejscowe sprawy w jamie ustnej, przełyku, cierpienie wątroby i trzustki. Również i choroby nerek mogą mieć znaczenie pod tym względem, gdy idzie o szkodliwy wpływ na łaknienie czynników toksycznych. Niezmiernie różnorodny jest związek, jaki zachodzi między organami płciowemi a apetytem. Wszelkiego rodzaju stany podniecenia, nadużycie płciowe, miesiączkowanie i ciąża mogą wpływać w ten czy inny sposób na uczucie łaknienia.

Znaczenie czynników nerwowych w powstawaniu uczucia głodu i apetytu opiera się na całym szeregu przykładów zarówno klinicznego jak i fizjologicznego charakteru. Doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że ani nerw błędny ani współczulny nie są konieczne dla powstawania głodu. Ale drogą nerwu błędnego przebiegają impulsy ruchowe i wydzielnicze i odruchy warunkowe. Jeżeli pokazać psu kawał mięsa, to zaczyna on obficie wydzielać ślinę, a również i sok żołądkowy, to samo daje się stwierdzić u człowieka z przetoką żołądkową. Jeżeli pies jest przyzwyczajony podczas karmienia mięsem widzieć kolorową szybę, to przy pewnej wprawie zaczyna on wydzielać sok żołądkowy już przy pokazaniu mu samej tylko szyby bez podawania mu mięsa.

W tenże sposób powstaje u nas uczucie apetytu już przy szeregu wrażeń, które przywykliśmy łączyć z uczuciem zadowolenia przy jedzeniu; należą tu: sposób podawania potraw, dźwięk talerzy, rodzaj nakrycia stołu, zapach poszczególnych podań. Drogą, którą w ten sposób wywoływany odruch przebiega do żołądka, jest zawsze nerw błędny. Wpływ sięga tu tak daleko, że do pewnych określonych potraw wydzielany bywa pewien określony pod względem swego składu i właściwości sok żołądkowy. Ale również i wpływy hamujące dostają się tąż drogą do żołądka; wszystko, co napełnia nas wstrętem i odrazą, powstrzymuje wydzielanie soku i ruchy żołądka. Jak dalece apetyt zależy od wywoływanych jednocześnie wyobrażeń, tego dowodzi cały szereg faktów.

Wpływy psychiczne rozmaitej natury grają tu rolę zarówno dodatnią jak i ujemną.

Wywody powyższe wykazują dobitnie, jak ważnym i często nawet decydującym czynnikiem jest apetyt, gdy chodzi o ułożenie celowego przepisu djetetycznego.

Dr. Med. S. K.

ZNACZENIE PRAKTYCZNE BADANIA ZASOBU ZASADOWEGO KRWI.

Krew utrzymuje swój stały odczyn jonowy, dzięki pewnym układom w niej samej zawartym, o których pomówimy niżej, oraz dzięki działaniu wentylacyjnemu płuc, zarządzanemu przez ośrodek oddechowy, nad wyraz czuły na wszelkie wahania w odczynie jonowym krwi. W 1910 r. Fernbach i Huber zwrócili uwagę na roztwory z kwasów słabych i ich soli, roztwory, w których stężenie jonów wodorowych jest niezależne od rozcieńczenia. Roztwory te utrzymują stałe oddziaływanie pomimo dodania kwasów lub zasad. Roztwory takie autorowie francuscy nazwali „solution tampon", niemieccy — „Pufferlösungen". W literaturze polskiej Parnas nazwał je „moderatorami", Bloch „tłumikami".

Moderatory są jednym z warunków wewnętrznych płynów organicznych i krwi, dzięki którym mogą one zachować stałość oddziaływania. Typem moderatora jest białko, jako ciało amfoteryczne, zdolne do tworzenia soli zarówno z kwasami, jak i zasadami. Dla każdego białka znane jest pewne określone stężenie jonów wodorowych, przy którem nie jest ono ani katjonem, ani anjonem. Takie stężenie jonów, ze względu na dane białko, nazywa się „izoelektrycznem". Białko, dodane do roztworu o stężeniu jonów wodorowych wyższem od izoelktrycznego, zachowa się jako zasada, w stężeniu niższem zaś — jako kwas.

We krwi moderatorami są fosforany jednosodowy (kwaśny) i dwusodowy (zasadowy); dwutlenek węgla i dwuwęglany, hemoglobina i hemoglobinjany, oksyhemoglobina i oksyhemoglobinjany.

Fosforany i dwuwęglany ustalają równowagę odczynu jonowego krwi. Mieszanina obu fosforanów, jedno i dwusodowego, jest wyraźnie obojętna. Jeżeli do roztworu mieszaniny tych dwuch soli dodamy



kwasu mocnego, to H jony tegoż spowodują zachwianie równowagi dyssocjacji. Wtedy dyssocjacja fosforanów rozpocznie się ponownie aż do zneutralizowania nadmiaru jonów wodorowych dodanego kwasu. Jeżeli dodamy do mieszaniny tej zasady, to również po zaburzeniu równowagi w oddziaływaniu jonowem przez nadmierne nagromadzenie się jonów wodorotlenowych rozpocznie się dyssocjacja fosforanów aż do zneutralizowania wartości zasadowych w nadmiarze.

Co się tyczy dwuwęglanów, to dodanie kwasu mocnego powoduje uwolnienie CO_2, który zostaje wydzielony przez płuca. Przeniknięcie zasad będzie powodowało tworzenie się dwuwęglanów, ponieważ organizm rozporządza znacznemi ilościami CO_2 potrzebnemi do przeprowadzenia tych zasad w dwuwęglany.

Z tych dwuch układów moderatorowych układ fosforanowy posiada stężenie niewielkie. Największe znaczenie posiada układ dwuwęglanowy. Połączenie mało znaczącego układu fosforanowego z układem dwuwęglanowym, wedle Hendersona, ma jeszcze silniejsze działanie dla utrzymania stałości odczynu jonowego krwi. Dzięki temu, że organizm zawiera dwutlenek węgla o dużej prężności, może on zamieniać w dwuwęglan wszelką wartość zasadową, niepołączoną ze znacznie mocniejszemi kwasami, i dlatego to głównie w osoczu krew zawiera zasób dwuwęglanowy, który może zobojętnić wszelki kwas mocniejszy nielotny, przenikający do krwi, z uwolnieniem dwutlenku węgla, wydzielanego przez płuca.

CO_2 skombinowany stanowi miarę zasobu alkalicznego krwi. Inne układy, jak białczany osocza, hemoglobinjany i oksyhemoglobinjany współdziałają z moderatorem dwuwęglanowym, oddając swe katjony kwasowi węglowemu i utrzymując w ten sposób pogotowie zasobu dwuwęglanowego.

Stężenie jonów wodorowych we krwi zależy od stosunku stężenia dwutlenku węgla do dwuwęglanów, zdolność zaś do zobojętniania kwasów — od bezwzględnej zawartości zasad, związanych z dwutlenkiem węgla oraz z anjonami białkowemi. Zawartość dwuwęglanów we krwi można wyliczyć na podstawie zawartego w nich dwutlenku węgla, co wyraża się w % objętościowych. Van Slyke i Cullen uważają, że zawartość dwuwęglanów jest wyrazem równowagi kwasowo - zasadowej.

Po tych krótkich rozważaniach widzimy, jakie ma znaczenie dla tych stanów koncentracja jonów wodorowych i układy moderatorowe, jak wielkie znaczenie posiada określanie zasobu zasad we krwi.

Delore pisze: „zmniejszenie się zasobu zasadowego krwi jest objawem charakterystycznym dla wyrobienia sobie pojęcia o kwasicy,

a określenie jej jest klinicznie jednym z najważniejszych momentów dla stwierdzenia tejże".

Z powyższych rozważań widzimy, że najważniejszym czynnikiem przeznaczonym do walki z zakwaszeniem ustroju, jest zawartość dwuwęglanów we krwi, ona stanowi tę rezerwę ruchomą, zdolną przeciwstawić się poczynającemu zakwaszeniu się krwi przy nadmiernym napływie wartości kwasowych.

Zasób zasadowy krwi może być mierzony w odsetkach objętościowych (Vol %) dwutlenku węgla, wypędzanego przez kwas w próżni z zapasu dwuwęglanów, jakie zawierają dane osocze.

Przejdziemy teraz do omówienia badań, wykonanych nad zachowaniem się zasobu zasadowego krwi w literaturze. Musimy zaznaczyć, że badanie zasobu zasadowego krwi ma wielkie znaczenie kliniczne, gdyż daje ono klinicyście pojęcie o zapasie sił organizmu do walki z kwasicą, mówi, jaki dany organizm ma ruchomy kapitał do walki z zagrażającem niebezpieczeństwem przekwaszenia ustroju, innemi słowy, pozwala mu sądzić o rokowaniu w tym, czy innym przypadku, wykazując zapas rozporządzalnych sił.

Zachowanie się zasobu zasadowego przy głodzeniu obserwowali F. Waliński, Mouriquand, Lelieur, Sedillan.

Głodzenie wpływa na obniżenie się poziomu zasobu zasadowego krwi, co jest szczególnie zaznaczone w drugim dniu głodzenia. Powrót zasobu zasadowego do poprzedniej normy obserwowano w 24 godziny po zaprzestaniu głodzenia. Częściowe głodzenie na zachowanie się poziomu zasobu zasad we krwi niema większego wpływu. Podobnie, jak głodzenie wpływa na obniżenie się we krwi ilości zasad, tak samo okres trwania wpływa na wzmożenie się tegoż. Dervies i Sewerin stwierdzali u psów wzmożenie się zasobu zasadowego krwi w okresie trawienia o 9 — 17%.

Naświetlanie promieniami ultrafioletowemi obniża poziom zasobu zasadowego krwi (Ch. Gheldere, M de Roover). Światło zwykłe na zachowanie się tegoż nie wywiera wpływu. Choroby skórne **(acne, eczema, seborrhoea, psoriasis, furunculosis)**, jak to wykazali

---

Schwartz, Lewin, Mahouken, przebiegają przy obniżeniu zasobu zasad we krwi.

Również obniżenie się poziomu zasobu zasad we krwi stwierdzamy w osteomalacji. Badania nad zachowaniem się zasobu zasad w tem cierpieniu przeprowadzał F. Goebel. Zasób zasad u chorych wahał się w granicach 27 do 35 V% CO_2. Obniżenie się zasobu zasad powracało do normy po wytrzebieniu chorych wraz z poprawą ogólnego stanu cierpienia.

Badania nad zachowaniem się zasobu zasad we krwi w ciąży przeprowadzali Dautrebande, Hasselbach, Wiliamson, Weissman, Neter, Labbé, Chewki Mouzafer. Wszyscy ci autorowie zaznaczają zgodnie, że ciąża jest stanem, przebiegającym z obniżeniem poziomu zasobu zasadowego. Wybitne obniżenie zasobu zasad notowano w ciąży, przebiegającej z wymiotami. Również biegunki i wymioty acetonemiczne u dzieci przebiegają z obniżeniem się zasobu zasadowego.

Obniżenie się zasobu zasadowego notowano prócz tego w chorobie posurowiczej i uśpieniu chorych. Chalier i Thiers stwierdzają, że obniżenie się zasobu zasad w chorobie posurowiczej niezawsze jest jednakowo zaznaczone i niezawsze odpowiada ciężkości objawów klinicznych. Nad zachowaniem się zasobu zasad przy uśpieniu przeprowadzali badania Lacke, Kohler, van Slyke, a z autorów polskich Mossakowski.

Mossakowski zaznacza, że przy stosowaniu chloroformu krew bardziej ubożeje w zasady, niż przy stosowaniu eteru, jako środka usypiającego, co ma miejsce zarówno przy stosowaniu znieczulenia miejscowego jak i rdzeniowego.

W cukrzycy lekkiego stopnia Labbé, Nepveux i Walcker nie stwierdzali znaczniejszego zubożenia krwi w zasady. Natomiast w cukrzycy ciężkiego stopnia autorowie zgodnie podkreślają obniżenie się poziomu zasad. Na wzmożenie się poziomu zasad doskonale wpływa stosowanie insuliny, która podnosi zasób zasad do wartości normalnych. W. Singer wvkazał proporcjonalność w narastaniu poziomu zasad i zmniejszaniu się zawartości cukru we krwi. Kwestją tą zajmowali się z autorów polskich Gnoiński i Laskowski. Autorowie ci badali wpływ dożylnego stosowania kollargolu na zachowanie się cukru i zasobu zasad we krwi. Przekonali się oni, że objawowi wzrastania cukru we krwi, obserwowanemu przez Demanta, odpowiada obniżenie się wartości zasobu zasad we krwi. Wprowadzanie do ustroju kwasów w doświadczeniach autorów wykazało również wzrastanie poziomu cukru i obniżanie się poziomu zasobu za-

sad. Badania nad zachowaniem się zasobu zasadowego w ciężkich ropieniach miejscowych przeprowadzał Müller i stwierdził tu również obniżenie się poziomu zasobu zasadowego, które autor kładzie nie tyle na karb wzmożonego wytwarzania się kwasów, ile na karb kwasicy, spowodowanej przez kwaśne produkty przemiany materji, powstające z rozpadu tkanek. Badania nad zachowaniem się zasobu zasad podczas snu przeprowadzał Collip i zaznacza, że choć podlega on tu nieznacznym wahaniom to ma tendencję do wzrastania. Upust krwi u osób zdrowych nie wywiera większego wpływu na zachowanie się poziomu zasad. Jednakże upusty krwi u osób chorych na serce powodują narastanie poziomu zasobu zasadowego (Klein i Rischawy).

Fakt narastania zasobu zasadowego u chorych sercowych po upustach krwi łączy się z faktem podnoszenia się poziomu zasobu zasad przy wyrównaniu zaburzeń kompensacji, co stwierdził w swych badaniach Dautrebande. Wyżej wspomniany fakt działania upustów krwi należy sobie tłumaczyć wzmożeniem czynności serca.

Badania krwi w chorobie Basedowa, przeprowadzane przez F. Walińskiego, nie wykazały znaczniejszych wahań zasobu zasadowego. Hachen w 1922 r. wykazuje w swej pracy, że w gruźlicy płuc w żadnym z jej okresów niema zmniejszenia zasobu zasad, gdyż stwierdził on w tem cierpieniu stosunki prawidłowe lub nawet zwiększenie zasobu zasadowego. Dautrebande i Dawies (1923 r.) stwierdzali u osób z gruźlicą szczytów płucnych zasób zasadowy krwi w granicach normalnych, u osób z gruźlicą płuc dalej posuniętą, notowali oni zwiększenie się zasobu zasadowego o 9%. Podobnie Sweany, Cordier i Delore notowali w większości przypadków gruźlicy, niezależnie od formy cierpienia, zwiększenie się zasobu zasadowego krwi, jedynie w kilkunastu bardzo ciężkich przypadkach obserwowali oni zmniejszenie się zasobu zasadowego, ale nie niżej 47 V%. Z autorów polskich badania nad zachowaniem się zasobu zasadowego w gruźlicy płuc przeprowadzał T. Cichocki. Stwierdza on w przeciwieństwie do większości autorów obcych, że w gruźlicy płuc mamy obniżenie się zasobu zasadowego wogóle. Szczególnie wybitne zubożenie krwi w zasady autor stwierdzał w sprawach rozpadowych, mniej zaś wybitne w stanach początkowych gruźlicy płuc. Badania nad zachowaniem się zasobu zasad w odmie przeprowadzał M. Bloch. Według badań tego autora poziom zasobu zasad w 70% przypadków był obniżony, w 25% zaś wykazywał stosunki prawidłowe. Autor zaznacza, że po zastosowaniu odmy poziom zasobu zasadowego zostaje obniżony. Co do wniosków o znaczeniu zachowania się zasobu zasad w od-

mie dla rokowania, autor zaznacza, że podobnie, jak w gruźlicy płuc, nie może on mieć znaczenia. Szczególnie niskie wartości autor notował w odmie samoistnej i odmie przy upośledzonej czynności serca.

Badania nad zachowaniem się zasobu zasad w chorobach nerek przeprowadzali F. Rathery, J. Marie, P. Malcovati. Stwierdzali oni obniżenie się poziomu tegoż we krwi. Badania Ambarda, Schmidta i Adnota wykazały, że ograniczenie w przyjmowaniu chlorku sodu wpływa na wzrost obniżonego w chorobach nerek poziomu zasobu zasad. Obserwacje te dotyczą zarówno zdrowych, jak i chorych na nerki, z tą tylko różnicą, że u chorych fakt ten jest wyraźniej zaznaczony.

Delore, Well i Guillaumin cytują przypadki z bardzo znaczną zawartością mocznika we krwi przy jednoczesnym wysokim poziomie zasobu zasad — chorzy tego rodzaju żyli długie lata, a nawet pracowali. Autorowie ci zaznaczają, że zachowanie zasobu zasad na wysokim poziomie w przebiegu azocicy jest momentem dla rokowania pomyślnym.

Cordier, Rathery, Labbé i inni zgodnie azznaczają, że obniżenie się poziomu zasobu zasadowego poniżej 30% czyni rokowanie niepomyślnem i świadczy o ciężkiej niewydolności nerek.

Z autorów polskich badania nad zachowaniem się zasobu zasadowego w schorzeniach nerek przeprowadzał F. Łukaszczyk. Zaznacza on, że w chorobach nerek obniżenie zasobu zasadowego nie zależy od rodzaju, lecz od natężenia ciężkości cierpienia. W postaciach ostrych autor obserwował częściej mniej znaczne i przejściowe obniżenia poziomu zasobu zasadowego we krwi, niż w postaciach przewlekłych. Obniżenie zasobu zasad idzie w parze z narastaniem azotu pozabiałkowego we krwi, jednakże nie jest ono proporcjonalne. Obniżenie poziomu zasobu zasadowego wskazuje wyraźnie na ciężki stan nerek. Obniżenie zasobu zasad do 40 V% w przewlekłych chorobach nerek stanowi objaw pod względem rokowania niepomyślny, a obniżenie poniżej 30 V% stanowi zapowiedź bliskiej katastrofy.

W stanach awitaminozy, po naświetlaniach lampą kwarcową oraz w chorobach gorączkowych notowano obniżenie się zasobu zasadowego krwi.

Badania nad zachowaniem się zasobu zasad w zimnicy przeprowadzał Lin Shih Hao i nie stwierdzał znaczniejszych wahań.

Zwiększenie zasobu zasadowego krwi stwierdzono u ludzi, zajmujących się sportem. Badania nad tą sprawą, między innymi, przeprowadzili Full, Herxheimer i Wissing. Stwierdzali oni

wyższe wartości u osób trenowanych, niż u osób nietrenowanych, a szczególnie wysokie wartości u osób doskonale trenowanych. Powodem wzmagania się zasobu zasadowego u sportowców jest fakt gromadzenia się w ustroju podczas wysiłków przy ćwiczeniach znacznych ilości kwasu mlekowego, i dzięki temu nagromadzeniu zasad organizm stara się przystosować do walki z zagrażającą mu kwasicą. Badania krwi co do zachowania się poziomu zasad u chorych na raka przeprowadzali Schneider i Achelis. Znajdowali oni zubożenie krwi w zasady. Znaczniejsze obniżenie poziomu zasad we krwi stanowi wedle autorów złą oznakę w sensie rokowania.

Liczni autorowie przypisują wątrobie wpływ na regulację zasobu zasad we krwi. Kwestją tą zajął się w swych badaniach F. Goebel i badał zasób zasad u psów z przetoką Ecka, gdzie nie stwierdzał znaczniejszych odchyleń od normy. Wyłączenie z krwiobiegu wątroby nie powoduje większych zmian w zachowaniu poziomu zasobu zasadowego. Badania zasobu zasadowego krwi u psa z wyłuszczoną wątrobą przed i po zabiegu operacyjnym nie wykazało większych wahań w zasobie zasadowym krwi. Podobne wyniki, jak Goebel, u psów z wyłuszczoną wątrobą otrzymali Mann i Magath.

Van Slyke uważa, że zasób zasadowy normalny waha się w granicach 55 — 77 V%, Cordier, Van Slyke i Cullen ustalili wahania w granicach 55 — 75%, Dautrebande i Dawies ustalili granice na 55 — 77 V%. Z polskich badaczów Goebel ustala następujące normy:

zasób zasad w granicach	41,2—45V%	ma	2%	osobników.
„	45,1—50V%	„	30%	„
„	50,1—55V%	„	36%	„
„	55,1—60V%	„	26%	„
„	60,1—65V%	„	5%	„
„	65,1—70V%	„	1%	„

Biorąc pod uwagę wszystkie wyżej przytoczone dane, przychodzę do wniosku, że badanie zasobu zasadowego krwi ma w klinice bardzo ważne znaczenie, szczególnie w cukrzycy i chorobach nerek. W innych sprawach zasób zasad jest bardzo czułym odczynem płynów ustrojowych, towarzyszącym wszelkim przemianom biologicznym, mającym miejsce w ustroju chorym.

Muszę zaznaczyć, że wahania w zasobie zasadowym krwi polegają na różnem odżywianiu się chorych, oraz, że nie małą rolę odgrywają tu czynniki rasowe.

Zachowanie się zasobu zasad we krwi wyjaśnia znane fakty kliniczne i daje im nowe oświetlenie. Mówi ono o oddziaływaniu ustroju na pewne środki stosowane w lecznictwie, jak to wspomniałem o uśpieniu chloroformem i eterem. Informuje klinicystę o zdolności ustroju do walki z kwasicą, przez co prowadzi do wskazań o tym wydatniejszym skutku, im wcześniej, dzięki tu wyłuszczonym metodom, kwasica zostanie wykryta.

LITERATURA.

A. Krasuski: O zasobie zasad krwi. Czasopismo lekarskie Nr. 31 i 32, 1929 r.

FANGO DI BATTAGLIA.

Fango di Battaglia jest to muł wulkaniczny, powstający na dnie jezior kraterowych w miejscowości Battaglia we Włoszech.

Wydobyty z tych jezior muł po wyschnięciu stanowi brunatny proszek. Analiza mułu Fango wedle prof. Ludwika Schneidera wykazała między innemi:

kwasu węglowego	9.34%
kwasu siarkowego	6.65%
tlenku żelaza	9.81%
glinu	6.72%
wapnia	6.05%
krzemu	1.14%

Oprócz tego Fango di Battaglia zawiera nieznaczne ilości składników organicznych. Działanie okładu Fango na skórę należy do rzędu działań termicznych.

Stosowanie Fango di Battaglia do okładów przewyższa wszelkie inne środki w tym celu stosowane, jak to zgodnie zaznaczają Sabatowski i Weber-Mayer.

Sabatowski zaleca stosowanie Fango przy gośćcu, dnie i rwie kulszowej. N. Ortner jest gorącym zwolennikiem stosowania okładów z Fango w przewlekłym gośćcu stawowym. Sam stosowałem Fango— mówi Ortner — u chorych z przewlekłym gośćcem stawowym z dobrym wynikiem.

Oprócz Ortnera, do stosowania okładów mułowych zalecają Fango P. Krause i C. Garré. Autorowie ci prócz gośćca stawowego i rwy kulszowej, zalecają stosowanie Fango w stanach zapalnych narządów płciowych kobiecych oraz przy schorzeniach pęcherzyka żółciowego.

Dobre działanie Fango autorowie ci podobnie jak i Weber-Mayer upatrują w jego własnościach radjoaktywnych.

Przeciwwskazaniem do stosowania mułu Fango są stany znacz-

nego wyczerpania organizmu, niedomoga serca, zapalenie nerek o charakterze ostrym i przewlekłym oraz gruźlica kostna.

Celem przygotowania okładu, do paczki, zawierającej 4 i pół kg. mułu Fango, dodajemy 3 litry wody o temperaturze 80°C. Masę starannie mieszamy, żeby nie zawierała grudek. W chwili okładu masa powinna mieć temperaturę 44 — 45°C.



Fangowe jezioro Battaglia

W ten sposób przygotowaną masę smarujemy na skórę warstwą grubości 2 — 3 ccm i pokrywamy płótnem, na które kładziemy tkaninę nieprzemakalną a następnie watę lub materję wełnianą.

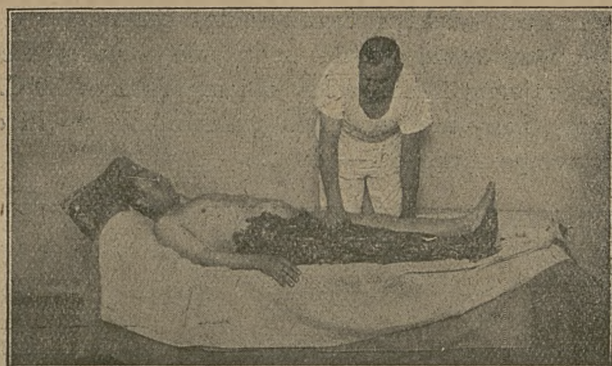
Przy zabiegu ogólnym rozkładamy na łóżku wełniany koc i nakładamy nań ceratę, na której rozpościeramy prześcieradło. Masą Fango pokrywamy prześcieradło i owijamy chorego.

Przy wykonywaniu zabiegu ogólnego, należy na głowę chorego położyć zimny okład. Zabieg ogólny nie może trwać dłużej ponad 20 minut.

Zabiegi miejscowe mogą trwać od 30 do 60 minut.

Zabiegi miejscowe można stosować codzień. Przy zabiegach ogólnych, pożądana jest 1 — 2 dniowa przerwa.

Ilość zabiegów waha się od 10 do 25.



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

LITERATURA.

Sabatowski: Klimatoterapja i Balneoterapja. 1923 r. str. 255.

Weber - Mayer: Klimatoterapja i Balneoterapja, tłumaczenie T. Borzęckiego. 1909 r. str. 249.

N. Ortner: Spezielle Therapie. 1922 r. str. 771.

P. Krause i C. Garré. Terapja chorób wewnętrznych, tłom. rosyjskie. 1912 r. str. 213.

Dr. Med. M. PEKER (Warszawa).

O STOSOWANIU RADU W CHOROBACH PRZEMIANY MATERJI, A W SZCZEGÓLNOŚCI W CHOROBACH STAWÓW.

Odkrycie radu zawdzięczamy małżonkom Marji ze Skłodowskich i Piotrowi Curie, którzy poraz pierwszy otrzymali go z rudy uranowej w Jachimowie (St. Joachimsthal).

Z 3000 kilogramów uranu udaje się wydobyć zaledwie 1 gram radu, tem też po części tłomaczy się rzadkość i wysoka cena radu w sprzedaży.

Nauka o istocie działania radu opiewa, że podczas procesu rozpadu radu powstają promienie 3-ch rodzajów: pierwsze promienie — składające się z dodatnio naładowanych atomów helu, które następnie stają się normalnymi atomami (gazem) helu; drugie promienie — posiadają masę elektryczną i stanowią jakby strumień elektronów, które są swego rodzaju atomami elektryczności i przedstawiają najmniejszy ładunek elektryczności; trzecie, wreszcie, to swoiste promienie, powstające wskutek gwałtownego zatrzymania promieniowania pierwszego i drugiego czynnika.

Energja zawarta w pierwiastkach radu przekracza wszelkie, panujące dotąd w chemji i fizyce pojęcia. Promieniowanie radu nie zatraca swojej mocy na przeciąg tysięcy lat; półokres trwania działania promieni radu oblicza się na mniej więcej 1.600 lat. Gdyby, naprzykład można było rozpad radu sztucznie przyśpieszyć w taki sposób, aby on dokonał się w krótkim czasie, otrzymanoby wprost fantastyczne ilości swobodnej energji. Kilka gramów radu mogłyby wówczas dostarczyć tyle energji, ile tysiące ton węgla. Tem też należy sobie tłomaczyć potężny wpływ, jaki rad wywiera na organizm ludzki.

Aczkolwiek rad dopiero niedawno wprowadzony został do lecznictwa, to jednakże już dawno, wiele lat przed jego odkryciem, wiadomem było masom ludowym o jego własnościach leczniczych.

Różne opisy, naprz., stwierdzają, że mieszkańcy miejscowości, w których ostatnio stwierdzono większe zapasy radu (Joachimowo, Kreuznach i inne) już przed stu i więcej laty zalecali skórzane woreczki napełnione masą, wydobywaną z tamtejszej gleby. Woreczki te miały wybitne właściwości lecznicze i stosowane były przy różnych bólach, a szczególnie przy bólach stawowych, neurologicznych i t. p. i cieszyły się wielkim uznaniem wśród ludności tubylczej.

Dopiero odkrycie radu dało możność ustalenia, że chodziło tu o nieświadome stosowanie radu. Jak widzimy więc, zdrowy instynkt ludzki, w poszukiwaniu skutecznego środka leczniczego, czysto empirycznie wybrał jako takowy rad.

Najnowsze badania nad działaniem radu na ustrój ludzki stwierdziły, że szczególną wrażliwością wyróżniają się komórki młode, znajdujące się w okresie najwyższego rozmnażania się.

Na tem opiera się stosowanie radu w leczeniu raka, ponieważ komórki rakowe łatwiej ulegają niszczącemu działaniu promieni radu, niż komórki tkanki normalnej.

Małe dawki radu, jak stwierdzono, nietylko nie posiadają własności niszczących, lecz odwrotnie, wspomagają i pobudzają procesy życiowe komórki; tem się tłomaczy dodatni wpływ radu na procesy przemiany materji w ustroju.

Wiemy bowiem, że organizm przedstawia sobą skomplikowany system elektrolitów, cząsteczek koloidów białkowych oraz lipoidów. Normalny przebieg wszelkich zjawisk fizyko-chemicznych jest związany ze stanem eukoloidalnym, który wymaga ściśle określonej koncentracji jonów (t. zw. Isoionie). Na te poszczególne komórki wywierają właśnie swój wpływ promienia radu, gdyż pod wpływem radu następuje potężny przypływ energji do komórek; energja ta rozszczepia cząsteczki na jony, to jest na cząsteczki materji, naładowane elektrycznością. To ostatnie zjawisko umożliwia przebieg wielu procesów. Zmieniona przepuszczalność błony komórkowej, wskutek oddziaływania na jej strukturę koloidową, przyśpiesza przemianę materji.

Jako szczególnie korzystny wpływ radu uważany jest wpływ jego na przemianę ciał purynowych, pośród których jedno z pierwszych miejsc zajmuje kwas moczowy. Jego wadliwe wydzielanie się z organizmu stanowi, jak wiadomo, źródło rozmaitych cierpień t. zw. artretyzmu.

Stwierdzono, że naświetlanie miejscowe powoduje dłuższe przekrwienie oraz miejscowe nagromadzenie leukocytów, dzięki czemu osiąga się szybsze gojenie procesów zapalnych lub ropnych; tem też należy sobie wytłomaczyć dodatni wpływ stosowania radu w niektórych schorzeniach reumatycznych.

Do celów leczniczych służą: 1) rurki lub wydrążone igły metalowe, zwykłe platynowe, wypełnione solą radu. Igłę taką wtyka się bezpośrednio do guza. Obok radu w postaci soli, używa się również zgęszczonej emanacji radu, zawartej w szklanych kapilarach (radiofory). Tę postać radu używa się wtedy, jeśli chodzi o naświetlanie dużemi dawkami radu. 2) Do naświetlania większych powierzchni stosuje się również naświetlanie płytowe, pokryte warstewką radu. 3) Dla leczenia małemi dawkami stosuje się zwykle emancję radu, otrzymaną z roztworów wodnych soli radu. Przez picie tej wody, kąpanie się w niej lub wziewanie jej emancji, poddaje się organizm działaniu promieniowania.

Emanację radu stosuje się zwykle u źródła, gdyż preparaty emanacji nie posiadają trwałej aktywności; wyjątek stanowią tylko kompresy czyli okłady radowe, gdyż zawierają one rad w postaci soli, która posiada stałą i trwałą aktywność.

Istnieją dwa rodzaje okładów: t. zw. promieniotwórcze okłady szlamowe, które posiadają słabą, naturalną lub sztuczną, promieniotwórczość i którą przykłada się zazwyczaj w stanie wilgotnym, oraz suche okłady lub kompresy, które odznaczają się znacznie większą promieniotwórczością, aniżeli okłady szlamowe. Są więc korzystniejsze dzięki mocniejszemu działaniu i wygodniejszemu stosowaniu.

W swojej praktyce prywatnej stosuję suche okłady firmy **„Radiumchema“** z Jachimowa (St. Joachimsthal) i w wielu wypadkach stwierdzałem dobre wyniki stosowania tego środka.

W niektórych przedawnionych przypadkach schorzeń stawowych z uporczywemi bólami, gdzie wszelkie do tego czasu stosowane zabiegi nie odnosły skutku, po nałożeniu suchego kompresu radowego skonstatowałem dość szybką i trwałą poprawę.

Dla przykładu przytoczę kilka przypadków ze swojej praktyki.

1. Ż. J. l. 32, urzędnik. Diagn. Polyarthritis rheumat. acuta. Apicitis dexta. Peribronchitis. Chory narzeka na silne bóle w różnych stawach, silne bóle pomiędzy łopatkami. Chory od wielu tygodni leży w łóżku; ruchy są ograniczone i bolesne. U chorego zastosowano szereg najróżnorodniejszych środków leczniczych; pomimo tego poprawa była względnie nieznaczna, szczególnie w stawach kręgowych. Dnia 6.XI. zastosowano u chorego suchy kompres radu, otrzymany z firmy „Radiumchema", kompres umocowano pomiędzy łopatkami na całą dobę. Już po drugiej dobie chory poczuł znaczną ulgę, tak, że w stanie był bez obcej pomocy usiąść na łóżku; po stosowaniu jeszcze przez dalsze 2 doby chory o tyle poczuł się lepiej, że zaczął przy pomocy laski chodzić po pokoju.

2. N. Wł. 41 l. Ślusarz. Diagn. Polyarthritis rheumat. chron. Chory narzeka na bóle i obręki w stawach kończyn dolnych i górnych. U chorego przeprowadzono skuteczną kurację przeciwgośćcową, ale bóle w prawym stawie kolanowem uporczywie trwały. Dnia 8.XI zastosowano na chore kolano suche kompresy radu „Radiumchema"; już po 2-ch dobach chory poczuł znaczną ulgę. Po stosowaniu kompresów przez dalszy tydzień czasu, bóle w stawie kolanowym jeszcze się zmniejszały, tak że chory nawet bez oparcia się o laskę mógł chodzić po mieszkaniu.

Te dwa przypadki z wielu innych, obserwowane przezemnie, pouczają, że kompres radowy, odpowiednio zastosowany, może dać nam dużą przysługę w leczeniu cierpień stawowych, powikłanych bólami.

Niechcę przez to powiedzieć, żeby kompresy radowe w każdym poszczególnym przypadku bólów w stawach dawały nam, bezpośrednio po zastosowaniu, dodatni wynik; musiałbym mieć dla wypowiedzenia tego twierdzenia cały szereg przypadków, leczonych szpitalnie, gdzie codzienna obserwacja dała by mnie możność bliższego segregowania wszystkich tych przypadków, w których rad daje bezwzględnie pomoc, a w których pomoc ta jest tylko częściowa.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

W czasopiśmie „Concours Medical" **Dr. Morrin** pod tytułem **„Środki czyszczące"** podaje:

„Principium sanitatis bene moratus venter" (Sylvius).

Jeżeli chodzi o wywołanie kompletnego i szybkiego wypróżnienia jelit, należy stosować środki czyszczące, aczkolwiek te ostatnie, dzięki możności czasowego tylko stosowania, stanowią leczenie symptomatyczne. Idealnem zadaniem środka czyszczącego nie jest wywołanie wypróżnienia, lecz łagodne przywrócenie jelitom prawidłowych czynności.

Celem środka czyszczącego jest leczenie możliwie w sposób najnaturalniejszy dysfunkcji jelitowej, bez wywołania nawet przejściowych przełomów jelitowych.

Od 40 już lat wyższość, jako środka pobudzającego i czyszczącego została jedynie przyznana **„Cascarine Leprince"**, która uczula gruczoły, niszczy florę bakteryjną jelitową, usuwa trucizny wątrobowo-nerkowe, jady hemolityczne, trucizny pochodzenia tkankowego i wszelkie inne saprofity.

W uznaniu zasług tejże, Anglicy ocenili **Cascarine**, nazywając ją roślinnym kalomelem.

Korzyści, które zawdzięczać należy stosowaniu **Cascarine** dla kliniki są następujące: zmniejszenie toksyczności moczu ze zmniejszeniem związków eterosiarkowych, powrót do prawidłowego stanu w drogach moczowych, usunięcie wzdęcia jelit, braku apetytu, dyspepsji, wyziewów ustnych, bezsenności, zmniejszenie zaburzeń sercowo-nerwowych i stanu podniecenia.

W przeciwieństwie do innych środków **Cascarine** można stosować dłużej, o ile wymaga tego konieczność, dla osiągnięcia wypróżnienia u artretyków, otyłych, chorych na żołądek, nie zmieniając składu chemicznego krwi, nie naruszając wrażliwości żołądka i jelit.

Cascarine można stosować dowolny przeciąg czasu, nie zwiększając dawki, bez obawy przyzwyczajenia jelit do niej, co bywa w wypadkach stosowania innych środków czyszczących. Efekty czyszczące

Cascarine podlegają dowolnemu zahamowaniu (co niema miejsca np. przy stosowaniu płynnej parafiny); w tym wypadku wywołanie wypróżnienia jest zależne od woli.

Wypróżnianie jelit dokonywa się z nadzwyczajną łatwością bez perystaltyki skurczowej, bez skurczu mięśni gładkich, bez kolek, ani parcia, ani mdłości odruchowych tak u dzieci jak i dorosłych, przyczem należy dodać, że stosowanie niema wpływu ujemnego na macicę, jak to ma miejsce przy pozostałych środkach czyszczących.

Lecz jeżeli chce się być pewnym wszystkich tych jej zalet, poleca się przepisywanie **„Cascarine Leprince"**, gdyż ona zawiera specjalne substancje pokrewne glukozydom, a nie zawiera substancji drażniących zawartych w Cascara Sagrada, eliminowanych z niej systemem le Prince'a, przedstawionym w r. 1892 w Akademji nauk.

Należy zaznaczyć, że wszelkie wstrzymanie kału grozi w każdej chwili toksemją kałową. Ten miecz Damoklesa może być odwrócony tylko przy regularnem wypróżnieniu i to przeczyszczenie winno być dokonane przy pomocy **Cascarine Leprince'a**, która usunie wszelkie opóźnienie i niedomagania kiszkowe. Usunie się wtedy wszelkie objawy patologiczne, objawy artretyczne, herpetyczne, dyspeptyczne, wątrobowo-żołądkowe, zapalenie wyrostka robaczkowego, guzy krwawnicowe, bóle głowy i stany neuropatyczne; otyłość i podobne stany patologiczne leczyć można przedewszystkiem przez regularne usuwanie pozostałości kałowych nocnych, które potęgują te stany chorobowe.

Jak widać **Cascarine** jest lekarstwem, stworzonym nie dla użytku czasowego lub przejściowego, lecz jest to środek wysokowartościowy do stałego użytku.

* * *

F. Schürer-Waldheim. Nowy sposób leczenia raka. Próby czynnego uodporniania. Wiedeń, wydawnictwo autora, 1929. str. 32.

Autor przypuszcza, że mocz chorych na raka zawiera toksyny i dlatego wstrzykuje go jako antigen. Jednocześnie zaleca on dla utworzenia przeciwciał białkowych, wstrzykiwać surowicę końską, kazeosan, a dla produkcji lipoidowych antigenów, zastrzyki oleju łogowego (ol. Sesami). Właściwa djeta z jednoczesnem podawaniem kwasu krzemowego, żelaza, siarki, fosforu, wapnia, magnezu i fluoru, a także leczenie fizykalne pomagają postępowaniu ogólnemu. Jednocześnie należy naświetlać, a dla ogólnego wzmocnienia ustroju wstrzykuje się vitalipon.

Rak macicy winien również być naświetlany. W ciężkich przypadkach zdarza się nieraz, iż po wstrzykiwaniu moczu, zwłaszcza

u młodszych kobiet, następują ponowne krwawienia, zmuszające do stosowania ścisłej djety rakowej i podawania wapnia i magnezu, chlorku wapniowego i kwasu krzemowego, siarki i żelaza. Przeciw krwotokom znakomicie nadają się kilkakrotne podskórne zastrzyki coagulenu „Ciba", zawierającego wyciąg z krwi zwierząt ssących, rozpuszczony w fizjologicznym roztworze soli kuchennej. Dla skuteczniejszego działania coagulenu, wskazaną jest powściągliwość od płynów i gaszenie silnego pragnienia soczystemi owocami. Kiedy ustaje skłonność do krwotoków, to można ponownie przystąpić do wstrzykiwania moczu.

Autor staje w obronie możliwie wczesnego leczenia wewnętrznego jakichbądź nowotworów rakowatych, a operacje ogranicza wyłącznie do daleko posuniętych przypadków.

* * *

Prof. M. Bonafonte. Agomensina i sistomensina w leczeniu niektórych chorób kobiecych (la sistomensina y la agomesina en la terapeutica de algunas affectiones ginecologicas). La medicina Ibera, 1929. Nr. 610.

Profesor M. Bonafonte od pewnego czasu w przeszło 400 przypadkach stosował agomensinę i sistemensinę w klinice uniwersytetu Barcelońskiego, oraz w swojej prywatnej klinice i praktyce. Nie wnikając w wyniki poszczególnych przypadków, autor stawia ogólne wnioski. Przypadki jego tyczyły się patalogicznych krwawień pochodzenia jajnikowego, a nie krwawień powstałych wskutek zmian w macicy, jak to: nowotworów, zapalenia, obrzmień, polipów, włókniaków i t. d., wyłączył on też z liczby obserwowanych przypadków wszelkie krwawienia wskutek zaburzeń w krążeniu w obrębie miednicy, krążeniu ogólnem wskutek zmian dekompensacyjnych w sercu i zmian patologicznych krwi i t. d.

W praktyce liczba przypadków zaburzeń w miesiączkowaniu na podłożu czysto jajnikowem jest bardzo wielka, a w tych mianowicie przetwory wymienione jawnie wykazują swą wartość leczniczą. Profesor objaśnia pozorny antagonizm obu tych przetworów, oznaczając sistomensinę mianem właściwego hormonu, który niezależnie od rodzaju roztworu wodnego czy olejowego wyróżnia się przez znane pięć charakterystycznych wpływów biologicznych: miano wpływu na rozwój, miano rujowe, wpływ na gruczoły mleczne, wpływ przeciwsamczy i wpływ na przemianę materji. Sistomensina jest żeńskim hormonem płciowym, właściwą substancją działającą jajników, regulującą miesiączkowanie; w zaburzeniach menstruacyjnych odpowiada ona w zupełno-

ści warunkom wymaganym w leczeniu przez restytucję brakującej substancji.

Agomensina jest ciałem rozpuszczalnem w wodzie, wydzielonem z jajników, jest mieszaniną różnych substancyj i powoduje, stosownie do wyników doświadczeń klinicznych, przekrwienie narządów płciowych i związane z nią powiększone wydzielanie. Wpływa ono nadto jeszcze na wytwarzanie hormonu jajnikowego oraz innych inkretów. Agomensina jest mniej środkiem pobudzającym, aniżeli pomocniczym.

Autor zaznacza, że za pomocą sistomensiny osiągał znakomite wyniki w krwawieniach funkcjonalnych w okresie pokwitania i w okresie przejściowym w wielu przypadkach udało się wpłynąć pomyślnie na bolesne miesiączkowanie i zbyt obfite krwawienia, na objawy towarzyszące niektórym schorzeniom przydatków. Również w niedostatecznej czynności jajników w okresie przekwitania i towarzyszących jej objawach otrzymano dobre wyniki.

Często bardzo skuteczną jest mieszanina agomensiny z sistomensiną w objawach przed przekwitaniem, bólach menstruacyjnych, w młodocianych krwawieniach, tam gdzie wyłączoną jest możliwość sklerotycznego zwyrodnienia jajników.

Podług autora najważniejsze wskazania do stosowania agomensiny są przy braku lub niedostateczności miesiączkowania, niedorozwoju płciowego; opóźnianie się miesiączki, zaburzenia przedmiesiączkowe, obłąkania menstruacyjne, zaburzenia w przemianie materji i t. d. Autor pod tym ostatnim względem powołuje się na publikacje Seitza, Wintza i Buritzki, którzy wspominają, że agomensina silnie działa na przemianę materji i morfologiczny obraz krwi.

Pod względem sposobu przyrządzania tych przetworów istnieje zupełna pewność co do wpływu leczniczego. Sistomensinę nastawia się podług miana rujowego i miana rozwoju. Dokonywanie prób podług miana rujowego jest niezbędne, drugi sposób oznaczania wartości przetworu uważany być może za zbyteczny.

* * *

Fracassi T. i Fernando R. Ruiz. Rew. Med. lat. Amer. 14. N. 167. 1929 r.

U 32 letniego mężczyzny, namiętnego palacza rozpoznano zawał w lewej komorze. Rozpoznanie to postawiono na zasadzie występowania bardzo silnych bólów stenokardycznych. Bóle te nie zmniejszały się ani pod wpływem stosowania azotynów, ani pod wpływem zastrzykiwań morfiny. Ciśnienie krwi wynosiło 90 podług Riva Rocci. Ze strony serca stwierdzono jedynie przyspieszenie tętna. Zejście śmiertelne miało miejsce podczas trzeciego napadu. Badanie pośmiert-

ne wykazało zwężenie tętnicy wieńcowej lewej znacznego stopnia na tle miażdżycy z zaczopowaniem jej światła zakrzepami. W lewej komorze stwierdzono zawał. Ściana komory lewej szczególnie przy wierzchołku była ścieńczała i włóknisto zwyrodniała.

* * *

Schwarzmann J. S. Znaczenie danych osłuchowych w różniczkowaniu wad serca organicznych i nerwie. Zeitschr. f. Kreislaufforschüng 21. Jg. H. 19, 1929.

Autor podnosi znaczenie danych osłuchowych przy skargach pacjentów z dolegliwościami ze strony serca. Zaleca on uważne wsłuchiwanie się w muzykę tonów serca. Przy nerwicach serca autor stwierdzał w większości przypadków dyssocjację pierwszego tonu.

* * *

Dickmann A. Surowica matki przy vaccina generalisata. Med. Welt N. 38, 1929.

Przy vaccina generalisata autor zaleca zastrzyki z surowicy krwi matki. W swoim przypadku autor pobrał z żyły przegubu łokciowego matki 20 ccm^3 krwi i po natychmiastowem odwirowaniu surowicy wprowadził ją dziecku domięśniowo w ilości 6 ccm^3.

* * *

Brack Erich. Dane sekcyjne dotyczące serca i aorty u osób zmarłych nagle. Zbl. f. Inn. Med. Jg 50. N. 34, 1929 r.

Mechanizm śmierci nagłej często nawet po przeprowadzeniu badania pośmiertnego nie zostaje wyjaśniony. Zmiany w sercu powstające powolnie, nie mogą być uważane za przyczynę śmierci nagłej. Zatory i szybko rosnące zakrzepy są często przyczyną nagłej śmierci. Podobnie ma się sprawa z powstawaniem mikro-zakrzepów przy zatruciu tlenkiem węgla. We wrodzonych wadach serca śmierć nagła występuje wskutek łatwych zaburzeń w kompensacji. Autor opisuje przypadek nagłej śmierci u osobnika ze zwężoną aortą, gdzie ta na skutek wysiłku pękła.

* * *

Wehmeyer Adolf. Przyczynek do leczenia ropnia płuc. Med. Klin. N. 38. 1929 r.

Autor w 3-ch przypadkach ropnia płuc spróbował leczenia odmą. Odma ma szczególne znaczenie tam, gdzie ropień komunikuje się z oskrzelem.

Nauck. Ernst. G. Szkodliwość trichocephalus. Med. Welt N. 39, 1929 r.

Autor stwierdził przy nadmiernej ilości trichocephalus dispar fakt zadziałania na jelita. W jednym przypadku powstał przewlekły nieżyt jelit z wtórnem zakażeniem pochodzenia jelitowego. W drugim przypadku miało miejsce ogólne surowiczo-włóknikowe zapalenie otrzewnej. Badanie sekcyjne nie stwierdziło, czy w drugim przypadku bezpośrednią przyczyną był trichocephalus, czy też zakażenie wtórne.

* * *

Gruenzweig-Grulewski. Przyczynek do kliniki helminthiasis i jej stosunku do systemu wegetatywnego. Med. Welt N. 39, 1929.

Pasorzyty jelitowe wydzielają jady, które oddziaływują na system nerwowy wegetatywny. Wszystkie pasorzyty, niezależnie od gatunku, dzięki wydzielanym jadom, wywierają jednakowe działanie na wegetatywny system nerwowy.

* * *

Greuet H. u. Vogt. Przypadek tężca u noworodka. Arch. med. enf. XXXII, 1929 r.

12-dniowe dziecko dostało nagle sztywności karku. Wystąpił trismus. Zastosowano natychmiast surowicę. Narazie pogorszenie i temperatura 40.5°. Dziecko otrzymało wogóle 240 ccm surowicy przeciwtężcowej. Wyzdrowienie.

* * *

v. Bergmann G. Zagadnienie nieżytu żołądka. Dtsch med. Woch. 55 Jg N. 42, 1929 r.

Pojęcie nieżytu żołądka w przestrzeni czasu ulegało zmianie. Obecnie przy zastosowaniu nowych metod badania, autor bardzo często stwierdzał nieżyt żołądka. Nieżyty te występowały w postaci ograniczonej i rozlanej. Autor stwierdza, że podstawa anatomiczna podziału nie zawsze odpowiada danym badania klinicznego. Nieżyt żołądka powstaje często na tle pierwotnego uszkodzenia błony śluzowej. Stan zapalny często jest zjawiskiem wtórnem, spowodowanem na drodze krwiobiegu lub też przez zadziałanie pokarmów.



III ZJAZD LEKARSKI W KRYNICY

Zagadnienie rozwoju i podniesienie Krynicy do poziomu wzorowego zdrojowiska klimatycznego posiada już swoją długą pouczającą historję. Wiąże się ono ściśle z rozwojem gospodarczym tej dzielnicy kraju w rozmaitych okresach jej dziejów. Ogólny upadek i ucisk polityczny bardzo niekorzystnie odbijał się niejednokrotnie na przedsiębiorczości i inicjatywie najczynniejszych nawet obywateli. Siła żywotna i potencjalne zasoby Krynicy pozostawały długo nietknięte, albo wyzyskane tylko w nieznacznym stopniu. Częste kataklizmy dziejowe, klęski społeczne dokonywały swego dzieła zniszczenia.

Już w roku 1745 spotykamy pierwsze konkretne wzmianki o istnieniu źródeł krynickich. Od owego czasu Krynica przechodziła najrozmaitsze koleje, które upamiętnione zostały w interesującej o niej literaturze.*)

Po okresach zupełnego upadku, Krynica jednak dźwigała się często ze swego ciężkiego położenia. Zawdzięczając to swej niespożytej mocy, miała ona nawet w swych dziejach chwile krótkotrwałe rozkwitu. W dobie obecnej przedstawia ona już wspaniałą miejscowość leczniczą z frekwencją pacjentów i turystów bardzo liczną.

W ciągu ostatnich lat jej szybkiego rozwoju odbyły się na jej terenie dwa kolejne zjazdy polskich lekarzy.

W dniach od 4 — 6 stycznia roku bieżącego odbył się III Zjazd Lekarski w Krynicy, który tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym był bardzo udatnym. Po raz pierwszy w historji zjazdów Krynicy, zorganizowano go w okresie zimowym. Bardzo bogaty program naukowy, składający się bowiem z 26 referatów, niezmiernie ciekawe zawody hokeyowe, łyżwiarskie i saneczkowe sprawiły, że na Zjazd zjechano licznie. Jeśli zauważymy, że na I Zjeździe Lekarskim w Krynicy wygłoszono 4 referaty, a liczył on około 200 uczestników, zaś na II Zjeździe Lekarskim w Krynicy wygłoszono referatów 7 w obecności 132 uczestników i porównamy z ilością referatów, zgłoszonych na ostatnim Zjeździe, przy frekwencji około 500 osób, to stwierdzimy z prawdziwym zadowoleniem, że zjazdy stają się wśród ogółu lekarzy coraz popularniejsze, że sprawy zdrojownictwa polskiego budzą coraz większe zainteresowanie.

---

*) Dr. Wąsowicz. Krynica i jej środki lecznicze.

O godz. 10 rano, Prezes Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy, Dr. Stanisław Lewicki otworzył Zjazd krótkiem przemówieniem, w którem zaznaczył, że chęć pokazania Krynicy w uroczej śnieżnej szacie, oraz chęć wykazania możności leczenia się w zdrojowisku w okresie zimowym, skłoniła Stowarzyszenie do zorganizowania Zjazdu właśnie w tym czasie.

Do Prezydjum wybrano na przezesów honorowych: dyr. departamentu zdrowia M. S. W. Dr. Piestrzyńskiego, b. ministra zdrowia, D-ra Chodźkę, prof. Rosnera, prof. Korczyńskiego, oraz D-ra Pelczara.

Na prezesów czynnych: prof. Jezierskiego, prof. Mayera z Poznania, prof. Tempkę z Krakowa, doc. Filińskiego i D-ra Grodzieńskiego z Warszawy, oraz doc. Sabatowskiego ze Lwowa.

Przewodnictwo objął: prof. Ludomir Korczyński z Krakowa, udzielając głosu w przemówieniach powitalnych dyrektorowi Piestrzyńskiemu, wojewódzkiemu naczelnikowi Urzędu Zdrowia, Dr. Wróblewskiemu, który domagał się wprowadzenia katedr balneologji na wszystkich uniwersytetach, podkreślił znaczenie zdrojowiska dla gospodarstwa krajowego oraz konieczność pozbycia się przesądu, że leczyć się tylko możemy w zdrojowiskach zagranicznych, obcych. Później przemawiali, witając Zjazd i życząc mu owocnej pracy: dyr. Państwowego Zakładu Zdrojowego wKrynicy, p. Nowotarski, burmistrz Krynicy Dr. Górski, Prezes Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Dr. Falkowski, oraz w imieniu Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, prof. Korczyński.

Z pośród wszystkich referatów, wygłoszonych na Zjeździe, najbardziej aktualny i związany z ideą, dla której Zjazd zorganizowano, był referat doc. Sabatowskiego ze Lwowa, który mówił o zimowem leczeniu uzdrowiskowem w stosunku do zjawisk okresowych w biologji człowieka.

Referent udowodnił, że błędne jest mniemanie, jakoby leczenie zdrojowo-klimatyczne możliwem było w naszym klimacie tylko latem, zimą zaś rzekomo konieczny jest wyjazd na Południe i stwierdził, że badania biologiczno-lekarskie obaliły ten sztuczny podział w przyrodolecznictwie.

Zwróciły na siebie uwagę referaty: doc. Filińskiego — o roli przemiany materji w zaburzeniach krążenia i wytyczne w ich leczeniu, oraz dr. Blassberga z Krakowa — o nowoczesnem leczeniu cukrzycy w zdrojowiskach. Referent złożył rezolucję, domagając się prowadzenia przez zarządy zdrojowisk wzorowych zakładów djetetycznych, gdyż bez tego leczenie zdrojowe cukrzycy jest niemożliwe.

Część referatów, z powodu nieprzybycia prelegentów na Zjazd nie wygłoszono. W dniu 6 stycznia r. b. zmarł nagle czcigodny prof.

Rosner, mąż wielkiej zasługi dla medycyny polskiej, którego śmierć niespodziewana okryła żałobą serca uczestników, wskutek czego Komitet organizacyjny odwołał mający się odbyć raut oraz wykłady popołudniowe i Zjazd zamknął.

Zapowiedziane w programie imprezy sportowe udały się znakomicie. W czasie wolnym od wykładów, Komitet zorganizował zwiedzenie Zdrojowiska. Prócz górskiego, nader ożywczego klimatu, Krynica posiada liczne zdroje szczaw alkalicznych wapniowo-żelazistych, bardzo bogatych w bezwodnik węglowy, służących zarówno do picia, jak i do kąpieli. Zdrój „Józefa" stoi na czele, co do zawartości żelaza. Zdroje: „Główny", „Jan", „Józef", są to szczawy wapniowo-żelaziste; „Karol", — czysta szczawa alkaliczno-zimna, „Słotwiński" — szczawa sodowo-magnezowo-żelazista. Zdrój „Zuber" daje z 810 metrów głębokiego otworu N. 2 — silną szczawę alkaliczno-słoną do wewn. użytku, przewyższającą trzykrotnie pod względem składników zobojętniających kwasy wody Vichy.

W pijalni na Deptaku urządzono osobny oddział Zubera, gdzie może on być podawany na zimno i podgrzany. Prócz wody i kąpieli mineralnych, Krynica posiada kąpiele borowinowe, czyli błotne, stanowiące do dziś niezastąpiony czynnik leczniczy w przewlekłych sprawach zapalnych w chorobach kobiecych i w różnych nerwobólach, szczególnie reumatycznych, w porażeniach nerwów obwodowych, w sprawach wysiękowych stawów, obrzękach okostnej i kości. Picie wód mineralnych jest wskazane w chorobach krwi i narządów krwiotwórczych, chorobach nerwowych czynnościowych, przewodu pokarmowego, chorobach pęcherza i miedniczek nerkowych, w zaburzeniu w przemianie materji; w chorobach u dzieci: krzywica i zołzy. Kąpiele mineralne wskazane są w chorobach kobiecych, chorobach narządu krążenia, w osłabieniu ogólnem i płciowem. Przeciwskazaniem do picia wód i używaniu kąpieli krynickich będą: niewyrównane wady serca, posunięta miażdżyca tętnic, gruźlica płuc, krwotoki płucne, nowotwory złośliwe, choroby umysłowe.

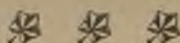
Do środków lczniczych poza wodami mineralnemi do wewnętrznego i zewnętrznego użytku, kąpieli borowinowych, Krynica posiada jeszcze szereg środków pomocniczych, wspierających właściwe leczenie. Do nich zaliczamy: wodolecznictwo, elektroleczenie, długotrwałe gorące przemywania, przestrzykiwania, instytut Roentgenowski i pracownia chemiczna, zakłady fizyko - lecznicze (diatermia, lampy kwarcowe, kąpiele z gorącego powietrza), zakład gimnastyczny dla dzieci, kąpiele powietrzno-słoneczne; leczenie terenowe syst. Oertla, żętycą, kefirem.

Ogarniając całość wyszczególnionych powyżej środków leczniczych, winniśmy zdać sobie sprawę z posiadanych przez nas bogactw naturalnych i z tego, iż niektóre nasze zdrojowiska, dzięki swemu cudownemu położeniu, własnościom klimatycznym i składnikom chemicznym wód mineralnych, nietylko dorównują zagranicznym zdrojowiskom, lecz niejednokrotnie je przewyższają. Wobec tego należy kierować chorych do naszych rodzimych zdrojów i walczyć z corocznem wywożeniem ogromnej masy pieniędzy i wzbogacaniem przedsiębiorstw obcych zdrojowisk — **miast swoich.**

Powyżej wymienione źródła krynickie **niemal w zupełności** zastąpić mogą analogiczne obce źródła zagraniczne, jako to: Franzesbad, Contrexeville, Vittel, Homburg, Vildungen.

Kazimierz Olejnik.

TREŚĆ:



REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 112-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 111-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka, ul. Kacza 7, tel. 504-91.